Deutscher Bundestag **Drucksache 14/9099**

14. Wahlperiode 15. 05. 2002

Antrag

der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Irmgard Schwaetzer, Hildebrecht Braun (Augsburg), Rainer Brüderle, Ernst Burgbacher, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Paul K. Friedhoff, Rainer Funke, Hans-Michael Goldmann, Joachim Günther (Plauen), Dr. Karlheinz Guttmacher, Klaus Haupt, Ulrich Heinrich, Walter Hirche, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Dr. Heinrich L. Kolb, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dirk Niebel, Günther Friedrich Nolting, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Gerhard Schüßler, Marita Sehn, Dr. Hermann Otto Solms, Carl-Ludwig Thiele, Jürgen Türk, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Versorgung bei Brustkrebs

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. In Deutschland sterben jedes Jahr 19 000 Frauen an Brustkrebs. Bei 46 000 Frauen wird jährlich ein bösartiger Tumor in der Brust neu diagnostiziert. Damit ist Brustkrebs die häufigste Todesursache bei Frauen. Brustkrebs-Früherkennung stellt derzeit die wesentliche Möglichkeit dar, die Heilungschancen der Frauen unter Bewahrung ihrer Lebensqualität zu verbessern. Aus diesem Grund gehört eine effiziente Brustkrebs-Früherkennung zu den vorrangigen Gesundheitszielen für die medizinische Versorgung von Frauen. Neben der Senkung der Brustkrebssterblichkeit müssen Selbstbestimmung und Lebensqualität der Frauen einen entsprechenden Stellenwert im Rahmen der sekundären Prävention erhalten.

2. Derzeit besteht im Bereich Früherkennung ein eklatantes Maß an Fehl- und Unterversorgung wie auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten festgestellt hat. Nach Schätzungen werden aktuell rund 3 bis 4 Mio. Mammographien jährlich durchgeführt. Dieses so genannte „graue Screening“ entspricht in aller Regel weder den personellen noch den apparativen Qualitätsanforderungen wie sie durch anerkannte europäischen Leitlinien vorgegeben wurden. Es fehlen im Unterschied zu Screening-Programmen Regeln über Einschlusskriterien, Intervalllänge oder Art der Beurteilung. In der Folge kommt es zu Fehldiagnosen und psychischen bzw. organischen Belastungen bei Frauen, die die Programme regelmäßig in Anspruch nehmen.

3. Die Röntgenreihenuntersuchung spielt zwar eine wesentliche Rolle, bietet jedoch als Einzelmaßnahme nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht die hinreichende Grundlage für die Diagnostik des Krankheitsbildes. An die Stelle des isolierten Screenings der weiblichen Brust muss ein qualitätsorientiertes, fachübergreifendes Gesamtkonzept treten. Es schließt als Diagnosekette neben der Mammographie eine Reihe von diagnostischer Maßnahmen wie Selbstuntersuchung, ärztlicher Tastbefund, im Einzelfall

zusätzliche apparative Diagnosen, operative Abklärungen und feingewebliche Untersuchungen ein.

4. Jede Frau muss die Möglichkeit haben, an Früherkennungsprogrammen teilzunehmen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

die Brustkrebs-Früherkennung zu optimieren, da derzeit keine Alternative zu dieser Maßnahme zur Verfügung steht. Folgende Rahmenbedingungen sind in diesem Zusammenhang zu gewährleisten:

– Aufbau und Etablierung eines flächendeckenden, fachübergreifenden und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms, d. h. individuelle, ärztliche Risikoberatung, klinische Untersuchung, Mammographie, im Einzelfall zusätzlich notwendige apparative Untersuchungen, feingewebliche Analyse von Gewebeproben und operative Interventionen.
– Garantie einer qualitätsgesicherten Diagnosekette, statt einer Fokussierung der Früherkennung auf die Mammographie.
– Implementierung einer systematisch evidenz- und konsensbasierten Leitlinie für eine Diagnosekette zur Sicherung einer qualitätsgesicherten Brustkrebs-Früherkennung.
– Selbstbestimmung der betroffenen Frau vor dem Hintergrund umfassender Informationen über die Krankheit unter Berücksichtigung psychischer sowie organischer Risiken und der Lebensqualität.
– Enge Verzahnung und Kooperation zwischen stationärem und ambulanten Bereich bei Früherkennung, Therapie und Nachsorge.
– Überprüfung und Nutzung vorhandener Versorgungsstrukturen.
– Aufbau von flächendeckenden, repräsentativen Krebsregistern durch die Länder, um epidemiologische Daten sammeln, dokumentieren und für epidemiologische Forschung bereitstellen zu können.
– Intensivierung der Versorgungs- und Ursachenforschung.

Berlin, 15. Mai 2002

Detlef Parr
Dr. Dieter Thomae
Dr. Irmgard Schwaetzer
Hildebrecht Braun (Augsburg)
Rainer Brüderle
Ernst Burgbacher
Jörg van Essen
Ulrike Flach
Paul K. Friedhoff
Rainer Funke
Hans-Michael Goldmann
Joachim Günther (Plauen)
Dr. Karlheinz Guttmacher
Klaus Haupt
Ulrich Heinrich
Walter Hirche
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Dr. Heinrich L. Kolb
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
Dirk Niebel
Günther Friedrich Nolting
Hans-Joachim Otto (Frankfurt)
Cornelia Pieper
Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
Gerhard Schüßler
Marita Sehn
Dr. Hermann Otto Solms
Carl-Ludwig Thiele
Jürgen Türk
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333